



REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL: DISTRIBUIÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO ESTADO DA BAHIA

REGIONALIZATION OF MENTAL HEALTH: DISTRIBUTION OF PSYCHOSOCIAL CARE CENTERS IN THE STATE OF BAHIA

Karole Brito Alves Costa

Thereza Christina Bahia Coelho

Andrei Souza Teles

Milla Pauline da Silva Ferreira Teles

Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia

RESUMO

A portaria GM 3.088/2011 instituiu as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do SUS, composta por diversos tipos de serviços articulados com a Atenção Primária à Saúde, em especial, os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)¹. O objetivo desse artigo é mapear e descrever a RAPS do estado da Bahia, por macrorregiões de saúde, no ano de 2018. A metodologia utiliza dados secundários referentes aos estabelecimentos de atenção à saúde mental, do estado da Bahia, encontrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e da Sala de Apoio a Gestão Estratégica (SAGE), do Ministério da Saúde, alguns deles discrepantes. Os resultados mostraram que a Bahia possuía, em 2018, 653 estabelecimentos que ofereciam atenção psicossocial, distribuídos em 239 municípios, sendo que 27 destes municípios ainda possuíam leitos para pacientes psiquiátricos, distribuídos em Hospitais Psiquiátricos e Hospitais Gerais, totalizando 953 leitos. O Indicador de Proporção Normativa (IPN) para a Bahia foi de 0,86 CAPS/cidade, sendo que o específico para CAPSi, foi maior do que o de São Paulo, estado com maior proporção de cidades com CAPS. A maioria das macrorregiões mostraram uma relação inversa desejável entre a proporção de CAPS e a proporção de internações psiquiátricas mensais. A realização de estudos da composição das redes pode contribuir para avaliar o grau de implantação das políticas de saúde mental e estimular a manutenção dos propósitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, sujeita a avanços e retrocessos.

Palavras chave: Centros de Atenção Psicossocial. Saúde Mental. Rede de Atenção Psicossocial.

¹ A pesquisa não recebeu financiamento.

Regionalização da saúde mental. Revista Revise, v. 4, n. 00 (2020): O Sistema Único de Saúde na Formação e na Prática Médica, p. 192-202.



ABSTRACT

Ordinance GM 3.088/2011 instituted Psychosocial Care Networks (RAPS) within the scope of Unified Health System, composed of several types of services articulated with Primary Health Care, in particular, the Psychosocial Care Center (CAPS). The objective of this article is to map and describe the RAPS of the state of Bahia, by health macro-regions, in the year 2018. The methodology uses secondary data referring to mental health care establishments in the state of Bahia, found in the National Register of Establishments (CNES) and the Strategic Management Support Room (SAGE), of the Ministry of Health, some of them with discrepancies. The results showed that in 2018, Bahia had 653 establishments offering psychosocial care, distributed in 239 municipalities, with 27 of these municipalities still having beds for psychiatric patients, distributed in Psychiatric Hospitals and General Hospitals, totaling 953 beds. The Normative Proportion Indicator (IPN) for Bahia was 0.86 CAPS/city, and the specific for CAPSi, was higher than that of São Paulo, the state with the highest proportion of cities with CAPS. Most macro-regions showed a desirable inverse relationship between the proportion of CAPS and the proportion of monthly psychiatric hospitalizations. Conducting studies of the networks composition can contribute to assess the degree of implementation of mental health policies and encourage the maintenance of the purposes of the Brazilian Psychiatric Reform, subject to advances and setbacks.

Keywords: Mental Health Services. Mental health. Psychosocial care network.

INTRODUÇÃO

Saúde mental é um termo polissêmico e plural que engloba a complexidade individual e os determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado no âmbito psíquico. Desde o início da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), em meados da década de 1970, nasce um novo modo de pensar sobre o sofrimento mental humano e a necessidade de humanizar o modelo de atenção, no Brasil, ganhou força.

Esse novo modelo surge a partir da experiência da cidade de Trieste, na Itália, em movimento liderado por Basaglia (1985), de denúncia dos depósitos de doentes mentais resultantes da estrutura *Regionalização da saúde mental. Revista Revise, v. 4, n. 00 (2020): O Sistema Único de Saúde na Formação e na Prática Médica, p. 192-202.*



hospitalar asilar, essencialmente violenta, decorrente das suas assimetrias de poder, e substituição por dispositivos de cuidado que respeitem a autonomia e cidadania das pessoas com transtornos mentais. Essa estratégia de tratamento psiquiátrico, que faz dos profissionais de saúde mental “inocentes úteis”, Rotelli (1994) denominou como “relação incestuosa entre tratamento e controle da periculosidade” que produz o “manicômio”.

Tanto a Reforma Psiquiátrica quanto a Reforma Sanitária italianas contribuíram para pensar os problemas do âmbito mental, no Brasil, por serem experiências teóricas críticas com experiências concretas de mudança na organização dos serviços e das práticas. Essas experiências encontram no período de redemocratização do país uma “janela de oportunidade” para se corporificar em movimentos, leis, decretos e normas, uma vez que existe um interesse do estado brasileiro em descentralizar a gestão de áreas de provisão para estados e municípios (COELHO, 1996; PAIM, 2005).

Desse modo, após dez anos de avanços e retrocessos, foi aprovada, em 2001, a Lei 10.216, substituta da Lei 3.567 de Paulo Delgado que regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e de outros dispositivos extra-hospitalares como os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), que junto com a Estratégia Saúde da Família passaram a conformar uma rede de base comunitária territorializada para prover atenção à saúde mental da população, mantendo-se os hospitais como psiquiátricos como último recurso, mas que devem ser progressivamente substituídos por leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Além disso, o programa “De volta para Casa”, do Ministério da Saúde objetivou fornecer as condições financeiras para o processo de “desinstitucionalização” dos usuários ainda hospitalizados (JESUS; COELHO, 2015).

Por fim, em 2011, a portaria GM 3.088 instituiu as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) com o objetivo de criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde, no âmbito do SUS, para pessoas em sofrimento mental. Nesse cenário, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é o serviço substitutivo responsável por regionalizar o atendimento psiquiátrico, oferecendo tratamento individualizado, multiprofissional e multidisciplinar (BRASIL, 2011).



São Previstas, as seguintes modalidades de CAPS:

CAPS I: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.

CAPS II: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

CAPS i: Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

CAPS ad Álcool e Drogas: Atendimento a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

CAPS III: Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

CAPS ad III Álcool e Drogas: Atendimento e 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

O estado da Bahia possui destaque na história da Reforma Psiquiátrica Nacional. Em 1975, antes mesmo da criação do SUS, os Centros Comunitários de Saúde Mental Mário Leal e Osvaldo Camargo funcionavam como bases regionais de atenção psiquiátrica (COELHO, 1996). Entretanto, por questões políticas, a Bahia foi um dos últimos estados a implantar os CAPS e, talvez por esse motivo, careça de estudos de mapeamento da atenção psicossocial nesse estado. Em 2008, Jesus e Coelho (2015) avaliaram os cinco CAPS do município de Feira de Santana, único do interior a ter todos as modalidades, e concluíram que os serviços ofertavam atividades grupais variadas, possuíam articulação extra setorial e buscavam o engajamento familiar no tratamento dos usuários, embora não fosse possível saber, pelo método do estudo, a forma e intensidade das relações desenvolvidas com a comunidade na atenção. As autoras consideraram necessárias mudanças nos processos políticos-gerenciais, para o estabelecimento de um novo paradigma de assistência à saúde. Por fim, concluíram *Regionalização da saúde mental. Revista Revise*, v. 4, n. 00 (2020): *O Sistema Único de Saúde na Formação e na Prática Médica*, p. 192-202.



que a avaliação “de estrutura de dispositivos como os CAPS pode dar visibilidade ao modelo de atenção adotado” (p.57).

Diante dessas considerações, o presente artigo tem como objetivo mapear e descrever a RAPS do estado da Bahia, por macrorregiões de saúde, no ano de 2018.

METODOLOGIA

Este é um estudo descritivo, quantitativo que utiliza dados secundários referentes aos estabelecimentos de atenção à saúde mental, do estado da Bahia, com ênfase para os CAPS. Sendo os dados de amplo acesso público, não foi necessária submissão da pesquisa ao Comitê de Ética.

As informações são provenientes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e da Sala de Apoio a Gestão Estratégica (SAGE), do Ministério da Saúde, e foram coletadas de setembro a dezembro de 2018. Essas informações nem sempre foram concordantes e, por esse motivo, são trazidas separadamente para comparação.

Foram utilizados gráficos provenientes da SAGE e construídas tabelas no programa Excel, para acomodar os dados e analisá-los em termos de frequências simples.

RESULTADOS

O Brasil possuía, em 2017, 2.132 CAPS, em uma concentração (média) de 97.420 pessoas/CAPS (IBGE, 2017). Em 2018, a Bahia possuía 653 estabelecimentos que ofereciam atenção psicossocial, distribuídos em 239 municípios; 27 destes municípios ainda possuíam leitos para pacientes psiquiátricos, distribuídos em Hospitais Psiquiátricos e Hospitais Gerais, totalizando 953 leitos.



Em 2018, havia entre 226 e 235 CAPS no estado (226- SAGE; 235- CNES), que equivalem a uma concentração de 67.895 pessoas ou 65.295 pessoas por CAPS, estando esses distribuídos em 178 dos 417 municípios do estado.

A divergência entre os números dos dois centros de informação também se expressa nos tipos de CAPS. De acordo com o CNES, a Bahia possui 168 CAPS I, 35 CAPS II, 3 CAPS III, 18 CAPS AD, 11 CAPSi, 0 CAPS ADIII e 0 CAPS AD IV. De acordo com a SAGE, são 157 CAPS I, 35 CAPS II, 3 CAPS III, 17 CAPS AD, 10CAPSi, 4 CAPS ADIII e 0 CAPS ADIV. Os CAPS AD III foram implantados entre os anos de 2014 a 2017 no Estado da Bahia, o que sugere que os dados do CNES estejam desatualizados (Tabela 1).

Tabela 1 – Número de CAPS, por tipo e fonte de dados, Bahia, 2018.

TIPOS DE CAPS	N (CNES)	N (SAGE)	MÉDIA
CAPS 1	168	157	163
CAPS 2	35	35	35
CAPS 3	3	3	3
CAPS AD	18	17	17,5
CAPSi	11	10	10,5
CAPS AD III	0	4	2
TOTAL	235	226	231

Fonte: SAGE, 2018 e CNES, 2018.

Para este estudo, foi criado o Indicador de Proporção Normativa (IPN), que corresponde ao número total de CAPS sobre o total de cidades habilitadas - mínimo populacional necessário para a criação de determinado CAPS. A Bahia, em 2018, possuía IPN de 0,86 CAPS/cidade; 0,88 para CAPS I; 1,16 para CAPS II; 0,5 para CAPS III; 0,56 para CAPS AD; 0,83 para CAPS i; 0,66 para CAPS AD III e 0,0 para CAPS AD IV (Tabela 2).



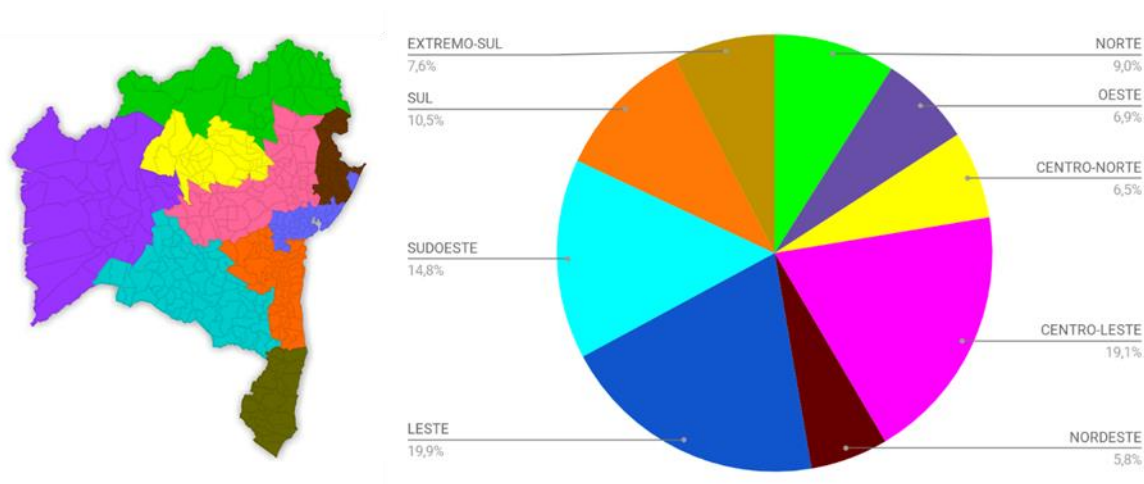
Tabela 2 – Tipos de CAPS por cidades habilitadas e o Indicador de Proporção Normativa (IPN), Bahia, 2018.

TIPOS DE CAPS	N (SAGE)	CIDADES HABILITADAS	IPN
CAPS 1	157	178	0,88
CAPS 2	35	30	1,16
CAPS 3	3	6	0,5
CAPS AD	17	30	0,56
CAPSi	10	12	0,83
CAPS ADIII	4	6	0,66
TOTAL/MÉDIA	226	262	0,86

Fonte: SAGE, 2018.

A distribuição dentre as macrorregiões de saúde apresentou as macrorregiões Leste e Centro-Leste com quase a mesma proporção: 19,9% e 19,1%, respectivamente. Nas demais macrorregiões, observou-se: 14,8%, na Sudoeste, 10,5%, na Sul, macrorregião Norte com 9,0%, Extremo Sul com 7,6% , Oeste com 6,9% e Nordeste com 5,8% do total de CAPS (Figura 1).

Figura 1 - Distribuição percentual de CAPS por Macrorregião de Saúde, Bahia, 2018.





Na Tabela 3, é possível observar a relação entre a distribuição de CAPS nas macrorregiões e o número. A macrorregião que apresenta maior número de CAPS é a Leste, que concentra 31% da população baiana, onde se encontra a capital, Salvador. A segunda maior região, a Centro Leste, possui quase a mesma proporção de CAPS para uma população que é a metade da Leste, o que indica uma melhor cobertura populacional e também uma relação melhor entre porcentagem de CAPS e porcentagem de internações mensais (Gráfico 1), pois a relação esperada deve ser inversa: quanto mais CAPS, menos internações. Ainda que a oferta de leitos hospitalares condicione a demanda por leitos.

Tabela 3 – Proporção de CAPS por macrorregiões e internações psiquiátricas.

MACRORREGIÕES DE SAÚDE	% CAPS	INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS/ MÊS	% INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS (N)/ MÊS	% POPULAÇÃO
SUL	10,5	7	19	11
SUDOESTE	14,8	8	22	12
OESTE	6,9	1	3	6
NORTE	9	9	24	7
NORDESTE	5,8	2	5	6
LESTE	19,9	6	16	31
EXT SUL	7,6	1	3	6
CENTRO LESTE	19,1	2	5	15
CENTRO NORTE	6,4	1	3	6
MÉDIA	11,1	4,1	19	11

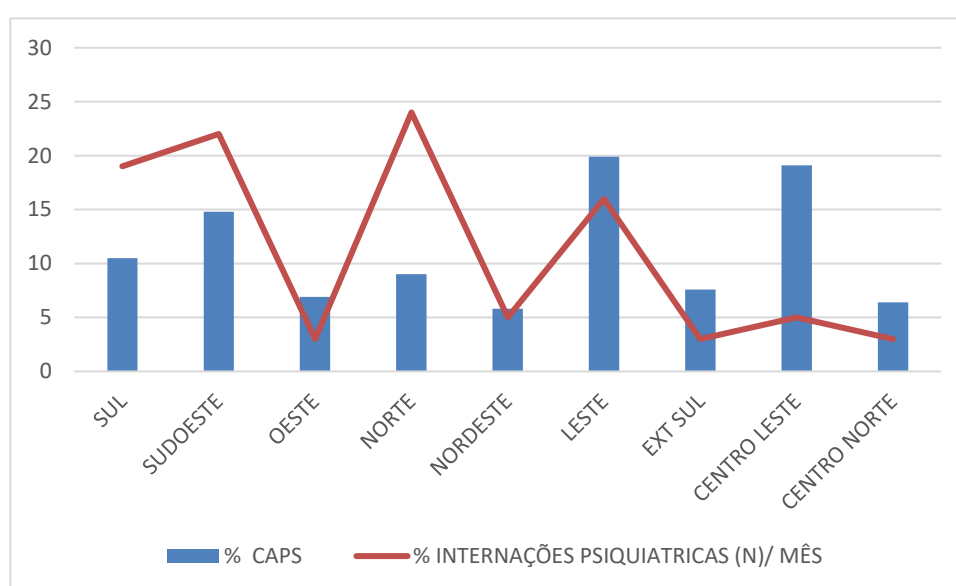
Fonte: SAGE, 2018

O Gráfico 1 mostra o conjunto da rede CAPS no estado da Bahia e sua distribuição por macrorregiões em termos proporcionais, do mesmo modo que as internações psiquiátricas. O número de internações é proporcionalmente maior em relação ao número de CAPS nas macrorregiões Sul, Sudeste e Norte, regiões que apresentam um número proporcionalmente alto de internações psiquiátricas em relação à proporção de CAPS com que contam dentro do total da Bahia. Juntas, são responsáveis por 34,3% dos CAPS e 65% das internações mensais. Enquanto a Centro leste aparece como a melhor relação inversa entre CAPS e internações, o que pode estar indicando um efeito



positivo dos CAPS na redução das internações, numa análise transversal comparativa das macrorregiões.

Gráfico 1 – Porcentagem de CAPS e de internações psiquiátrica por macrorregião de saúde, Bahia, 2018.



DISCUSSÃO

Os CAPS da Bahia estão mais concentrados nas regiões metropolitanas, correspondentes às macrorregiões de saúde Leste e Centro Leste. A discrepância entre a distribuição entre cidades de maior e menor porte revela a dificuldade na regionalização e interiorização das RAPS. Dimenstein et al., (2018) discorrem que, em regiões de saúde caracterizadas por baixo desenvolvimento socioeconômico, há menor cobertura de CAPS III e CAPS ADIII, mesmo em localidades com porte populacional que justificam sua implantação. No presente estudo, estes estabelecimentos obtiveram menor valor de IPN quando comparados aos outros.

O IPN de CAPSi no estado da Bahia revela valor muito superior ao encontrado no Estado de São Paulo, em 2015, onde 51% das cidades habilitadas possuíam esse tipo de estabelecimento, sendo São Paulo o estado com maior número de CAPSi no período (GARCIA et al., 2015).



Miliauskas et al., (2019), em estudo avaliando associação entre número de CAPS e internações psiquiátricas, em São Paulo e Rio de Janeiro, de 2008 a 2015, encontraram aumento das coberturas da Atenção Básica e CAPS e redução do número de leitos psiquiátricos, tendências coerentes com a lógica da reforma psiquiátrica. Nesse mesmo período, o Estado da Bahia teve um crescimento de 73,8% no número de CAPS (130 CAPS em 2008 para 226 em 2015); não há dados disponíveis sobre hospitais psiquiátricos na Bahia, em 2008.

Os dados mais antigos disponíveis na plataforma do CNES correspondem a fevereiro de 2012, quando havia 7 hospitais psiquiátricos ativos no estado da Bahia. Em dezembro de 2015, esse número caiu para 6 e, em dezembro de 2018, aumentou para 8. O aumento no número de hospitais psiquiátricos se justifica pela reformulação da Política de Saúde Mental aprovada em 2017, através da Portaria 3.588/2017 (BRASIL, 2017c), na qual o governo engendrou mudanças nas RAPS que apontavam para o fortalecimento das internações em hospitais psiquiátricos (BRAVO et al., 2018).

De qualquer modo, observa-se uma discrepância entre as macrorregiões, indicando que é preciso investigar o que tem mantido relativamente altas as internações mensais em algumas delas, assim como o modo de funcionamento desses CAPS, no sentido de que podem não estar sendo resolutivos no sentido de impedir o agravamento dos quadros psiquiátricos e a demanda subsequente de internação.

O Movimento Nacional de Luta Antimanicomial e a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) repudiaram a portaria 3.588/2017, por compreenderem que representa retrocesso na implantação da rede de atenção psicossocial territorializada, de base comunitária e construída com participação dos movimentos sociais. Talvez, não será possível observar o seu impacto em 2018, mas a análise da composição das modalidades de dispositivos da RAPS em outros anos, assim como a exploração de dados como os de morbidade e financiamento, expliquem as diferenças encontradas entre as regiões.

Por fim, é importante ressaltar que, a análise da distribuição de agregados por macrorregiões pode compensar o peso do próprio processo de regionalização e a configuração do sistema de saúde em um plano supramunicipal, porém, como se trata de médias municipais ela mascara as discrepâncias neste nível e os problemas de concentração de serviços em determinados municípios ou regiões de saúde, assim como o papel da Atenção Primária de Saúde (APS) no cuidado àqueles



com sofrimento mental. Uma APS forte pode resolver grande parte dos problemas que seriam destinados aos CAPS, melhorando seu funcionamento, inclusive, mas pode aumentar a demanda quando a APS apenas encaminha sua população com problemas mentais para os CAPS.

CONCLUSÃO

A discordância de dados entre as plataformas CNES e SAGE deve-se ao subregistro e informações não atualizadas. Os CAPS I e II estão mais bem distribuídos que os outros serviços, o que leva a crer que, no Estado da Bahia, a atenção de base comunitária supera a atenção psiquiátrica hospitalar.

Os resultados aqui apresentados fazem uma aproximação à uma realidade muito carente de estudos, principalmente no estado da Bahia. Esse estudo possui limitações nas interpretações dos resultados, devido à complexidade da RAPS, mas espera-se que estimule a realização de pesquisas com maior amplitude e profundidade de modo a contribuir com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, ainda em curso.

Contribuições dos autores: KBAC e TCBC contribuíram com o resumo, título, introdução, objetivos, resultados, discussão, conclusão, referências. AST e MPSFT contribuíram com a discussão.

REFERÊNCIAS

BASAGLIA, Franco. As instituições da violência. In: BASAGLIA, Franco (Org). *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985, p. 99-134.

BRASIL. *Ministério da Saúde*. Portaria no 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Diário Oficial da União, 2011.

BRASIL. *Ministério da Saúde*. Portaria no 336, de 12 de fevereiro de 2002. Diário Oficial da União, 2011.

BRASIL. *Ministério da Saúde*. Portaria no 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Diário Oficial da União, 2017.

Regionalização da saúde mental. Revista Revise, v. 4, n. 00 (2020): *O Sistema Único de Saúde na Formação e na Prática Médica*, p. 192-202.



BRAVO, Maria; PELAEZ, Elaine; PINHEIRO, Wladimir. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. *Argumentum*, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

COELHO, Thereza Christina Bahia. *A prática psiquiátrica em ambulatório de uma instituição pública: o caso do Juliano Moreira*. Salvador; 1996. [Mestrado Dissertação – Universidade Federal da Bahia]. Salvador, 1996.

DIMENSTEIN et. al. Saúde mental e atenção psicossocial: regionalização e gestão do cuidado integral no SUS. *Salud & Sociedad*, v. 9, n. 1, 2018, (70-85).

GARCIA, Grey. SANTOS; Darci. MACHADO, Daiane. Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil no Brasil: distribuição geográfica e perfil dos usuários. *Cad. Saúde Pública*, v. 31, n.12, 2015.

JESUS, Gisleide Ferreira de; COELHO, Thereza Christina Bahia. Condições estruturais dos centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Feira de Santana-BA. *Revista de Saúde Coletiva da UEFS*, v. 5, n.o 1, 2015.

MILIAUSKAS, Claudia Reis et al. Associação entre internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica em regiões metropolitanas do RJ e SP, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva (UFRJ)*, v. 24, n. 5, (1935-1944), may 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000501935&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22/03/2019.

ROTELLI, Franco. Superando o manicômio: o circuito de Triste. In: AMARANTE, Paulo. *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* (org.). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

PAIM, Jairnilson Silva. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. *Saude soc.*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 34-46, Aug. 2006.